

**WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

(WYPELNIĆ LITERAMI DRUKOWANYMI)

**DANE OSOBY WNIOSKUJĄCEJ**Imię i nazwisko ..... PESEL 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Dane umożliwiające kontakt: .....  
(np. adres do korespondencji, telefon, e-mail)**DANE PACJENTA: (wypełnić w przypadku, gdy wnioskuje osoba upoważniona lub przedstawiciel ustawowy)**Imię i nazwisko ..... PESEL 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**PODSTAWA PRAWNA DO UZYSKANIA DOKUMENTACJI (właściwe zaznaczyć):**

- dokumentacja dotyczy wnioskodawcy,
- wniosek składa przedstawiciel ustawowy pacjenta (opiekun osoby małoletniej, osoby ubezwłasnowolnionej)
- wniosek składa osoba upoważniona w dokumentacji medycznej,
- wniosek składa osoba bliska po śmierci pacjenta.
- upoważnienie jednorazowe (odrębne)

**PROSZĘ O:**  WGLĄD  WYDANIE KOPII  WYDANIE W INNEJ FORMIE .....z leczenia w Oddziale / Poradni .....  
wpiśać nazwę**Rodzaj dokumentacji (właściwe zaznaczyć):**

- |                                    |   |  |                                       |
|------------------------------------|---|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oddział:  | <input type="checkbox"/> Całość dokumentacji        | <input type="checkbox"/> Karta informacyjna        | <input type="checkbox"/> Wyniki badań |
|                                    | <input type="checkbox"/> Karta znieczulenia         | <input type="checkbox"/> Opis zabiegu operacyjnego |                                       |
| <hr/>                              |   |  |                                       |
| <input type="checkbox"/> Poradnia: | <input type="checkbox"/> Historia zdrowia i choroby | <input type="checkbox"/> Wyniki badań              |                                       |
| <hr/>                              |   |  |                                       |
| <input type="checkbox"/> RTG/TM/RM | <input type="checkbox"/> Płyta CD                   | <input type="checkbox"/> Zdjęcie                   |                                       |

Inna (jaka): .....  
za okres ..... do .....

**Forma odbioru (właściwe zaznaczyć):**

- Odbiorę osobiście
- Proszę wysłać na podany adres pocztowy/e-mail .....
- Upoważniam do odbioru dokumentacji medycznej Panią/Pana .....

Zobowiązuję się do poniesienia kosztów związanych ze sporządzeniem kopii/ odpisu/ wyciągu dokumentacji medycznej  
Równocześnie oświadczam, że wszelkie ryzyko związane z wysłaniem dokumentacji nie obciąża podmiotu leczniczego.

.....  
czytelny podpis wnioskodawcy

Dokumentacja została wydana w dniu .....

- wnioskodawcy
- osobie trzeciej .....  
Imię i nazwisko

.....  
Podpis osoby odbierającej